Aus der Königl. psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Chorea im Puerperium.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Max Fiedler,
approb. Arzt aus Berlin.

Kiel 1903.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Aus der Königl. psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Chorea im Puerperium.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Max Fiedler,
approb. Arzt aus Berlin.

Kiel 1903.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Nr. 118.
Rektoratsjahr 1903/04.

Referent: Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Dr. **Siemerling,**
z. Zt. Dekan.

Meinen lieben Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153522_0014

Chorea beschäftigt infolge ihres mannigfach gestalteten Auftretens den Arzt oft und in interessanter Weise. Demgemäß ist auch der Platz, den die genannte Krankheit in der medizinischen Litteratur einnimmt, kein geringer.

Als selbständig auftretendes Leiden ist es unter dem Namen der Sydenhamschen Chorea bekannt, der Chorea, die den Menschen in dem Lebensabschnitte befällt, welcher vor dem Abschluß der Pubertätsentwickelung gelegen ist.

Ferner möchte ich noch auf ihr Vorkommen als symptomatische Begleiterkrankung der Hemiplegie hinweisen. Hier gehen choreatische Bewegungen in demjenigen Arme oder Beine voraus, die von der Lähmung betroffen werden oder nach Verschwinden der Lähmung und bei wieder eintretender Gebrauchsfähigheit der Glieder stellen sich die genannten Bewegungen in den Gliedmaßen ein (Chorea praehemiplegica ev. posthemiplegica).

Ich bitte auch daran erinnern zu dürfen, daß des öfteren Chorea eine Begleiterkrankung bei Infektionskrankheiten darstellt. Die Polyarthritis rheumatica acuta und die Endocarditis rheumatica und bei Erwachsenen auch die Lues kommen hier in Frage.

Den Geburtshelfer interessieren besonders die Chorea in der Gravidität. Auch über diese Art des Auftretens der Erkrankung ist vieles abgehandelt und eine große Reihe von Fällen sind veröffentlicht und beschrieben worden, zu denen sich in der Litteratur stets neue zugesellen.

Über Chorea im Wochenbett findet man in Lehrbüchern hier und da ihrer Erwähnung getan mit dem Hinweis auf die große Seltenheit ihres Auftretens.

Eine Beschreibung aber eines Falles habe ich in der mir zustehenden Litteratur nicht gefunden. Es sei mir daher gestattet, im Folgenden 4 Fälle von Chorea in puerperio zu veröffentlichen.

Alle 4 Fälle kamen in der Berliner Charité zur Behandlung.

Fall I.

Frau Emilie Klaar, 35 Jahre alt, primipara, kommt kurze Zeit nach der Entbindung am 9. März 1880 auf die Station, ist die ganze Nacht unruhig, lärmt, strebt zum Bett heraus. Auch nach Darreichung von 0,02 Morphium nur kurze Ruhe.

10. März. Die sehr anämische Patientin befindet sich in völlig verworrenem Zustande, spricht abwechselnd laut und leise unverständliche Worte vor sich hin, aus denen man nur „Kind", „Mann" etc. heraushört. Weint laut, zuweilen stößt sie einen lauten, unartikulierten Schrei aus.

11. März. Patientin ist äußerst collabiert und erschöpft, gestikuliert lebhaft, verzieht die Mundwinkel und verzerrt das Gesicht zu mimischen Bewegungen.

Plötzlich wird sie ruhig, sinkt zusammen, macht nur noch leichte Greifbewegungen mit den Händen und schläft unter stertorösem Atmen ein.

Temperatur 38,5. Puls klein und beträchtlich beschleunigt. Darreichung von Analepticis.

12. März. Patientin liegt in collabiertem Zustande mit halbgeschlossenen Augen da, stößt ab und zu ächzende Laute aus, macht eigentümlich zuckende Bewegungen, die als klonische Kontraktionen der Unterarme und Unterschenkelmuskeln erscheinen.

Atmung sehr tief 28 mal in der Minute. Puls fadenförmig, nicht zählbar; trotz Excitantien dauert der Kollaps an. Ernährung gelingt mittels Schlundsonde.

12. März. Nachmittag. Die eigentümlich zuckenden Bewegungen sind stärker geworden.

Atmung stertorös.

7 Uhr 30 Min. Exitus letalis.

Sektionsbefund: Status puerperalis. Parametritis phlegmonosa. Perimetritis purulenta. Oedema cerebri.

Fall II.

Bei der 31 Jahre alten Frau Bruckschen wurden am 3. Juni 1883 in halber Chloroformnarkose Nachgeburtsreste entfernt, die ca. 12 Wochen zurückgehalten waren. Es bestand gleichzeitig exsudative Perimetritis und Erweiterung der Gebärmutter, die durch Preßschwämme bewirkt war.

Nach dem Eingriff geriet die Patientin in einen Zustand fieberhafter Reizbarkeit mit anfangs hohem Fieber Schlaflosigkeit und leicht maniakalischen Anfällen.

Nachdem die klinischen Erscheinungen der Perimetritis nahezu vollständig beseitigt waren (Therapie: Intrauterine Carbol-Ausspülungen, Glycerin-Jodoformtampons, Eisumschläge, Chinin-Gaben u. A.), trat am 14. Juni zeitweise Geistesverwirrung ein mit Melancholie und maniakalischen Anfällen.

An diesem Tage Einlieferung der Patientin in die Charité. Hier wird die Anamnese dahin erweitert, daß Patientin 4 mal geboren hat. 2 Kinder tot, 2 leben. Soll stets gesund gewesen sein. Familienanamnese ohne Belang.

14. Juni. Bei ihrer Einlieferung des Abends singt Patientin viel, ist leicht erregt, macht aber sonst einen sehr ermatteten Eindruck.

Nach 0,02 Morphium schläft sie wenig, liegt aber meist ruhig.

15. Juni. Status: Mäßig gut entwickelte Person. Haut fühlt sich feucht an, Lippen etwas livide verfärbt, fuliginös belegt.

Unterleib nicht aufgetrieben, tiefer Druck in der Gegend des Uterus erzeugt angeblich keinen Schmerz.

Respiration ruhig.

1. Herzton etwas unrein, Herzaktion unregelmäßig.

Puls ist wenig gespannt, klein und ungleich.

Frequenz ca. 132. Temperatur 38,6. Stuhl und Urin läßt Patientin unter sich.

(Eiweißgehaltangabe fehlt.)

Auf Befragen erzählt sie viel mit übertriebenem Mienenspiel, aber ziemlich schwacher Stimme, wobei sie den Arzt unverwandt etwas erotisch ansieht. In buntem Durcheinander spricht sie von ihrem verstorbenen Vater und ihrer Mutter, deren Kopfschmerzen sie geerbt habe, dann wieder von ihren Kindern, dann schildert sie wieder das schlechte Einvernehmen und die Streitigkeiten zwischen sich und ihrem Manne. Auch von ihrer Krankheit redet sie viel; daß sie in der letzten Zeit garnicht geschlafen habe.

Alle diese Dinge erzählt Patientin äußerst weitschweifig, Rede und Gegenrede der beteiligten Personen angebend, der Einzelheiten aus der letzten Zeit sich nur schlecht erinnernd.

16. Juni. Nachdem sich Patientin noch eben morgens mit der Wärterin unterhalten hat, reagiert sie auf die Fragen des Arztes nur durch Schütteln oder Neigen des Kopfes, gestikuliert mit den Händen und grimassiert. Behauptet, sich nicht aufrichten zu können. Bei Versuchen, ihr aufzuhelfen, macht sie sich ganz steif, dagegen richtet sie sich spontan mit Leichtigkeit auf.

Temperatur 38,5.

17. Juni. Vorn und hinten, rechts und links über der Lunge an vielen Stellen Pfeifen, Schnurren und kleinblasiges Rasseln, keine Dämpfung.

Pulsfrequenz	124
Temperatur	38,0
Respiration	24

18. Juni. Morgens 2½. Exitus letalis.

Sektionsbefund am 19. Juni:

Gehirnbefund: Ohne Besonderheiten.

Herz: Sehr schlaffe Muskulatur.

Lungen: Zahlreiche frische Verwachsungen, multiple Atelektasen. Diffuse Bronchitiden.

Nieren: Rinde stark getrübt. In der Dicke beide stark vergrößert.

Milz: Um das Doppelte vergrößert. Substanz fast zerfließend. Milztrabekel teilweise verschwommen sichtbar, Milzfollikel nicht zu sehen.

Leber: Vergrößert; stellenweise getrübt.

Geschlechtsorgane: Uterus um das Doppelte vergrößert von matschiger Konsistenz. Frische Perimetritis. Rechtes Ovarium sehr geschwollen mit zahlreichen Eiterpunkten durchsetzt; in demselben befindet sich eine etwa walnußgroße mit Eiter und zerfallenem Gewebe durchsetzte Höhle. Linkes Ovarium stark geschwollen. Salpingitis dextra purulenta. Alle Organe schon stark faulig verändert.

Todesursache: Perimetritis und Oophoritis dextra purulenta puerperalis.

Fall III.

Frau Wilhelmine Ranck befand sich im August 1886 auf der inneren Abteilung wegen Nephritis in Behandlung. Es traten starke Wehen bei ihr ein, darum am 18. August Verlegung in die Gebäranstalt. An demselben Tage wurde eine kleine Frucht ausgestoßen.

In Narkose wurden Placenta und Eihautreste manuell entfernt.

Der Organbefund vor der Narkose ergab noch Perikarditis. Bis zum Abend des 28. August fiberfreier Zustand und relatives Wohlbefinden, doch machen sich choreatische Erscheinungen bemerkbar. In der Nacht vom 28. zum 29. August Verwirrtheit.

Patientin wird nach der Krampfabteilung verlegt.

Status am 30. August. Kleine, sehr anämische Frau in sehr mangelhaftem Ernährungszustand. Es zeigen sich am ganzen Körper ruckartig, exquisit choreatische Bewegungen. An diesen Bewegungen nehmen vorzüglich die oberen Extremitäten, namentlich die Hände teil, hier treten sie in allen Nüancen auf, vom leichten Spielen der Finger bis zum kräftigen Emporschnellen des ganzen Oberarms.

Auch die Gesichtsmuskulatur ist stark beteiligt. Blitzartiges Runzeln und Glätten der Stirn, Verziehung des Gesichts zum Lächeln, ruckartiges Öffnen und Schließen der Augenlider. Man hört schnalzende und schlürfende Laute und leichtes Zähneknirschen.

Der Aufforderung, die Zunge zu zeigen, kommt Patientin nach. Die Zunge wird ruckartig zurückgezogen. Am Rumpf sieht man plötzliches Zusammenzucken des ganzen Körpers, zuweilen schnellt Patientin ruckartig empor.

Weniger beteiligt sind die unteren Extremitäten, vorwiegend sind es hier die Füße und Unterschenkel; besonders treten Plantarflexion sowie Ab- und Adduction in Erscheinung.

Das Sensorium ist benommen. Auf Befragen antwortet Patientin nur wenig und oft verwirrt. Pupillen beide gleich groß, mittelweit, reagieren prompt.

Respiration keuchend 32 mal in der Minute. Perkussion ergibt vorne keine Dämpfung, Auskultation nichts Abnormes.

Herzdämpfung geht bis zum unteren Rande der 4. Rippe, nach rechts etwas verbreitert, Spitzenstoß im 5. I.-C.-R. fühlbar.

Perkussion sehr schmerzhaft.

Herzaktion beschleunigt, sonst regelmäßig.

An der Herzspitze starkes systolisches und diastolisches schabendes Geräusch. Dieses Geräusch auch über der oberflächlichen Herzdämpfung und den großen Gefäßen in schwächerem Maße hörbar.

Abdomen aufgetrieben; beiderseits von der Mittellinie sehr schmerzhaft. Milz leicht vergrößert, nicht palpabel.

Urin wird spontan entleert; sehr blaß, trübe, reagiert sauer, reichlich Eiweiß.

Stuhlgang nicht diarrhoisch.

Fluor e vagina gering, aber sehr übelriechend.

Puls sehr klein, von sehr geringer Spannung. Frequenz 112. Temperatur 38,2.

Abends 5 Uhr. Puls 124. Temperatur 39,2.

Um 1/4 7 Uhr wird ein lebhafteres Zucken des ganzen Körpers nach Art eines Krampfanfalles beobachtet.

31. August. Morgens. Temperatur 36,6. Puls 96.

Die Choreabewegungen haben an Intensität abgenommen. Zuweilen leise Zuckungen, namentlich der linken Extremitäten. Im Gesicht keine Zuckungen mehr.

Perkussion sehr schmerzhaft, Herzdämpfung 1 cm nach rechts verlagert. Temperatur 37,9.

Abdomen stark aufgetrieben, über dem Abdomen tympanitischer Schall.

1. September. Puls 120, unregelmäßig.

Temperatur 39,3.

Schwellung des Leibes hat zugenommen. Atmung beschleunigt. Lungen: l. h. namentlich in der Axillarlinie gedämpft, tympanitischer Schall bis zum Schulterblatt, Atmengeräusch abgeschwächt, unten bronchiales Atmen mit zahlreichen feuchten Rasselgeräuschen; r. scharfes vesikuläres Atmen, vereinzelte Rasselgeräusche.

Oberflächliche Herzdämpfung beginnt an der 3. Rippe.

Patientin stöhnt, die bulbi machen rollende unwillkürliche Bewegungen.

In den Händen choreatische Bewegungen.

Nachts 12 1/2 Uhr. Exitus letalis.

2. September. Sektionsbefund: Im Pericard ziemlich reichliche Mengen jauchiger Flüssigkeit, das viscerale Blatt des Pericards mit fibrinösen Auflagerungen bedeckt.

Die Klappen zeigen leichte, gestielte chronische Verdickungen, sind stark mit Blutfarbstoff imbibiert.

Die Herzmuskulatur sehr blaß, leicht gelblich.

Uterus hat die Größe einer Faust. Wand $1^1/_2$ cm dick. Die Innenfläche hat eine im ganzen schmutzig-schwärzliche Färbung, einzelne Schleimhautpartien sehen trübe gelblich-weiß aus.

Niere, rechts und links gleiches Verhalten.

Hat stark granulierte Oberfläche, ziemlich gefleckte Färbung (schwarze, rote mit gelben Punkten).

Die Schnittfläche zeigt im allgemeinen ein rotes Aussehen. In der Rinde gelbliche Punkte. Die Rindensubstanz ist bedeutend verschmälert. In Rinde und Mark zahlreiche hämorrhagische Herde.

Am Hilus ziemlich bedeutende Fettentwickelung.

Darm und Magen sehr faul.

Gehirn: Rindenschicht vollkommen blaß. Mark nicht ödematös. Im Pons findet sich ein vorderer Abschnitt, links ein ziemlich frischer Erweichungsherd, ein etwas älterer, rechts hinten. Pons im übrigen weiß und blaß.

Zusammenfassender wesentlicher Befund:

Pericarditis serofibrinosa. Degeneratio adiposa Myocardii.
Pleuritis serofibrinosa dextra, Oedema Pulmonum.
Atrophia granularis renum (Nephritis parenchymatosa haemorrhagica.
Endometritis. Involutio incompleta uteri.
Hepatitis.
Anaemia cerebri. Encephalomalacia pontis.

Fall IV.

Die unverehelichte Arbeiterin Adelheid Schünske wurde am 31. Juli 1891 von einem ausgetragenen Kinde entbunden. Die Entbindung verlief leicht und normal. Da puerperale Psychose bei ihr auftrat und Patientin für gemeingefährlich erachtet wurde, wurde sie am 12. August in die Irrenabteilung verlegt.

12. August. Temperatur 38,5.

Puls sehr gespannt, regelmäßig, 84. Leichte, doch typisch choreatische Bewegungen im rechten Arm und Gesicht. Patientin äußert keine besonderen Schmerzen, es sei ihr ganz gut zu Mute. Bei der Untersuchung seufzt sie, weil die Leute sagen, sie mache sich nichts aus ihrem Kinde.

14. August. Verwirrung hält an; die choreatischen Bewegungen sind gesteigert, besonders in der rechten Gesichtshälfte, dem rechten Arm und dem rechten Bein. Vereinzelte schnalzende Laute werden hörbar. Keine Schmerzhaftigkeit und Schwellung der Gelenke.

19. August. Patientin ist andauernd in einem verwirrten, leicht ängstlichen Zustand. Die choreatischen Bewegungen haben sich gesteigert.

Temperatur fortdauernd hoch.

Puls beschleunigt.

22. August. Lautes schabendes Geräusch, welches den ersten Ton begleitet, am deutlichsten über der Herzspitze, nach den größeren Gefäßen zu abnehmend.

8. September. Exitus letalis.

Wesentlicher Sektionsbefund:

Endocarditis ulcerosa;
Myocarditis parenchymatosa;
Dilatatio cordis;
Nephritis parenchymatosa.

Zur Begründung der Diagnose möchte ich zunächst anführen, daß fast alle jene verschiedenen Schattierungen, in denen das Bild der Chorea sich uns darstellen kann, in unsern 4 Fällen erscheinen.

Typisch und in den genannten Rahmen passend ist das in allen 4 Fällen stark in Erscheinung tretende Grimassieren und die Beteiligung der Gesichtsmuskulatur überhaupt an den ungewollten Muskelbewegungen.

Besonders ausgeprägt im Fall Ranck.

Dasselbe gilt auch von der Muskelunruhe in der übrigen Muskulatur, die hier in allen Fällen zu verzeichnen ist, vom leichten Gestikulieren in einem Falle bis zur ausgedehntesten und heftigsten Beteiligung der gesamten Muskulatur in dem sehr schweren Falle Ranck.

Im Fall „Schünske“ wurden die choreatischen Bewegungen fast nur auf der rechten Körperhälfte beobachtet, so daß man diesen Fall wohl als Hemichorea ansprechen kann.

Was die Beteiligung der Psyche bei der Chorea anlangt, so gibt es hierüber eine sehr ausgedehnte Litteratur.

Nach vieler Autoren Ansicht gibt es keine Chorea ohne psychische Alteration. Eine Ansicht, die z. B. Arndt (Archiv für Psychiatrie 1868, Bd. I) verficht. Auch L. Meyer in seiner Arbeit über „Chorea und Manie“ (Archiv für Psychiatrie 1870) behauptet, bei einiger Aufmerksamkeit fände man bei allen Choreakranken psychische Symptome.

Die Veränderungen der Psyche bewegen sich von Fall zu Fall in den weitesten Grenzen; von den geringen physischen Erregungszuständen und Verstimmungen wie Reizbarkeit, Launenhaftigkeit, Verdrießlichkeit sind alle Übergänge bis zu dem wohl charakterisierten Bilde der Manie beobachtet worden. Nach Meyer soll sogar die Manie die gewöhnlichste Geistesstörung im Verlaufe der Chorea sein.

Betrachten wir unsere 4 Fälle unter diesen Gesichtspunkten.

Verwirrtheit finden wir, — bezeichnend für die Schwere der Fälle — bei 3 Puerperae, auch die anderen krankhaften Gemütsäußerungen werden bis hinauf zu schwerer Manie bei der einen mehr, bei der anderen weniger in allen Nüancen kund.

Diese Äußerungen anormalen Gefühlslebens in ihrer Ausgeprägheit stellen im Verein mit den oben angeführten Muskelphänomenen ein untrügliches und unzweideutiges Gesamtbild der Chorea dar.

Ein besonders deutliches Bild in den Fällen Ranck und Schünske. Auch in den beiden anderen Fällen, wenn hier auch die choreatischen Bewegungen in viel leichterem Grade auftreten, läßt doch der Charakter der Bewegungen die Diagnose Chorea ziemlich unzweifelhaft stellen.

Eine allgemein gültige Prognose würde natürlich ein größeres statistisches Material erfordern und vielleicht bringt eine Sammlung von genügend reichlichen Fällen in der Zukunft ein solches.

Die vorliegenden 4 Fälle jedoch — sämtlich kamen sie zur Sektion — reden eine zu deutliche Sprache, als daß man nicht doch schon jetzt sich dahin äußern könnte, daß Chorea in puerperio, was ihre Gefährlichkeit quoad vitam anlangt, einen bedauerlich herorragenden Platz einnimmt und die hierrein die wegen ihrer hohen Sterblichkeitsziffer sehr gefürchtete Chorea gravidarum bedeutend zu übertreffen scheint.

Der Besprechung der Aetiologie unserer 4 Fälle will ich, natürlich wieder mit Hinweis auf die Knappheit des Materials erst die Frage voraussenden, ob sich aus ihnen für das Auftreten der Krankheit allgemein giltige Anhaltspunkte aufstellen lassen; ob z. B. die Zahl der vorausgegangenen Entbindungen zum Befallenwerden von der Chorea disponiert oder nicht.

Da finden wir, daß es einmal eine Primipara, das andere Mal dagegen eine Fünftgebärende ist, die der Krankheit zum Opfer fällt.

Die Altersgrenze in unseren 4 Fällen bewegt sich zwischen 31 und 44 Jahren, also auch hier kein Anhaltspunkt.

Eine Disposition zur Chorea, nachgewiesen aus schon früher überstandenen Attacken, braucht nicht vorzuliegen; denn die Anamnese in unseren Fällen negiert diese Frage.

Auch einen bestimmten Zeitpunkt des Puerperiums bevorzugt die Krankheit nicht zu ihrem Eintreten. So bricht in dem einen Falle die Chorea unmittelbar nach der

Entbindung aus. Die zweite Patientin wird nach 12 Wochen befallen nach Entfernung der Nachgeburtsreste. Im 3. Falle wiederum Ausbruch der Krankheit gleich nach dem Abort.

Wenden wir uns jetzt zur Ätiologie der Fälle. Schicken wir es gleich voraus, für sie muß derselbe Faktor verantwortlich gemacht werden, der seit längerer Zeit schon und mit immer größerer Bestimmtheit bei allen Puerperalpsychosen beschuldigt wird, nämlich die Infektion; als Verfechter dieser Ansicht nenne ich Siemerling, Ripping, Martin Schmidt, Olshausen, Wiebers, Knauer und andere Autoren.

Olshausen (2) z. B. äußert sich mit Beziehung auf eine Abhandlung von Martin Schmidt dahin, daß es nicht geleugnet werden könne, daß die den Organismus schwächenden, zunächst somatisch wirkenden Vorgänge der Geburt und des Wochenbetts, die Anstrengungen und Schmerzen eines lang dauernden Geburtsaktes, etwaige Blutverluste, die Schwächung des ganzen Organismus, daß dies alles in Verbindung mit psychisch wirkenden Ursachen zumal bei erblicher Disposition imstande sein könne, eine Psychose des Wochenbettes herbeizuführen. „Aber", fährt er fort, „es gibt zweifellos zahlreiche Fälle, in denen die Wochenbettspsychose auf das innigste zusammenhängt mit schwerer und zwar infektiöser Erkrankung der Wöchnerin und nur durch diese sich erklärt. In derselben Arbeit weist er ferner hin auf die Angaben Holms, der bei dem vierten Teil psychisch erkrankter Wöchnerinnen entzündliche Prozesse fand. Campbell Clark fand unter 40 Erkrankten 10 mit Entzündung des Uterus und 8 mit Septicaemie.

Hansen glaubt sogar bei 42 von 49 aus Journalen einer Irren- und einer Entbindungsanstalt zusammengestellten Fällen eine stattgehabte Infektion annehmen zu müssen.

Auch in unseren Fällen haben wir es mit schwerer Infektion zu tun, die sich darstellt unter dem klinischen

Bilde der Sepsis. Dem entspricht der Sektionsbefund in allen 4 Fällen, auf den ich nochmals hinweise.

Von einer Therapie der Chorea puerperalis läßt sich schwerlich recht sprechen. Sie müßte sich gegen das Grundübel, die Infektion, richten, eine recht schwierige und undankbare Aufgabe.

Eine Bereicherung der „pathologischen Anatomie der Chorea“ hat auch von den vorliegenden 4 Fällen, trotzdem doch alle zur Sektion gelangten, kein einziger gebracht. Der Hirnbefund war überall negativ.

Zum Schlusse möchte ich noch die Sprache auf einen etwas umstrittenen Choreafall bringen, dessen ich Erwähnung getan fand von Otto Schrock (3) (D. über Chorea gravidarum, Königsberg 1898).

Er zieht diesen Fall heran aus der Dissertation von Kroner (D. Berlin 1896), wo dieser ihn kurz erwähnt:

40jährige I. para: erblich belastet, stets gesund, wird am 28. September 1872 vermittels Zange entbunden, zeigte nach der Geburt eine gewisse Erregtheit und bekam am 4. Tage post partum Chorea, welche am 7. Tage nach 3,0 Chloralhydrat schwächer wurde und bis zum 12. Tage post partum ganz verschwand. Es bestand vom 4. bis 8. Tag höheres Fieber. 39 ° bis 40,6 °.

Kroner, nachdem er 151 Fälle von Chorea gravidarum angeführt hat, erwähnt am Ende noch den angegebenen Fall, will ihn jedoch nicht zur Chorea gravidarum gerechnet wissen.

Schrock hingegen will auch für diesen Fall noch die Gravidität verantwortlich machen, „zumal die Kranke selbst vorher nie an Chorea, Rheumatismus, Herzfehler, Chlorose etc. gelitten habe.

Dem möchte ich entgegenhalten, daß, wie oben besprochen, eine Chorea puerperalis gar keine Vorgängerin in einer früheren Chorea zu haben braucht und daß sie auftritt, wenn auch die Anamnese das frühere Überstehen

einer anderen Krankheit wie Arthritis rheumatica etc. verneint. Außerdem bestand 5 Tage lang erhebliches Fieber — bis 40,6. Meiner Ansicht nach ein auf Infektion beruhendes Puerperalfieber. Der Zusammenhang zwischen Infektion und Chorea erhellt wohl schon daraus, daß die choreatischen Erscheinungen mit Beginn des Fiebers auftraten und ein paar Tage nach dem Sinken des Fiebers verschwanden. Und da diese Erscheinungen eben nicht in der Gravidität, sondern im Puerperium auftraten, so möchte ich auch diesen Fall als Chorea puerperalis ansehen, der sich vor den oben genannten durch den sehr günstigen Verlauf auszeichnet.

Am Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Siemerling meinen herzlichsten Dank auszusprechen für die Anregung zu dieser Arbeit und die gütige Überlassung der Fälle.

Litteratur.

1. Arthur Schubart. Inaug.-Dissert. Kiel 1903.
2. R. Olshausen. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynaecologie. Band XXI. Heft 2.
3. Otto Schrock. Inaug.-Dissert. Königsberg 1898.

Vita.

Am 14. Dezember 1873 wurde ich, evang. Konfession, zu Berlin als Sohn des Kaufmanns Heinrich Fiedler und seiner Ehefrau Johanna, geb. Dannenberg, geboren. Ich besuchte in meiner Vaterstadt das Humboldtgymnasium, das ich Ostern 1896 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Bis Ostern 1901 studierte ich in Berlin Medizin, bestand auch hier das Tentamen physicum und genügte beim 4. Garde Rgt. zu Fuß ebendaselbst meiner Militärpflicht. Ostern 1901 bezog ich die Universität Kiel, wo ich am 29. September 1903 das medizinische Staatsexamen bestand.